



## ***AVIS DE REPRISE DU TRAVAIL***

N° D'ACCIDENT : .....  
M.....  
au service de .....  
blessé le ..... est en état de reprendre le travail le .....  
Il s'agit d'une reprise TOTALE – PARTIELLE du travail (\*).  
Le traitement médical est TERMINE – CONTINUE (\*).  
La guérison est-elle acquise ? .....  
Le ..... *Signature du médecin,*

(\*) Biffer la mention inutile.

---

## ***ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR***

M.....  
a chômé à partir du .....  
Il – Elle a repris le travail le .....  
Pendant ce temps, l'incapacité de travail a été :  
complète du ..... au .....  
partielle de ..... % du ..... au .....  
*Signature du sociétaire,*